



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCOS VINÍCIOS ALVES CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 60.327.177-7 emitido por SSP-SP, inscrito no CPF sob nº. 068.733.063-71, residente e domiciliado no Povoado Carrapateiras, Distrito de Monte Nebo, Zona Rural, município de Crateús/CE, CEP nº 63.700-000.

OUTORGADA: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 18 de Fevereiro de 2019.

marcos vinicius alves cavalcante
(outorgante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

MARCOS VINÍCIOS ALVES CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 60.327.177-7 emitido por SSP-SP, inscrito no CPF sob nº. 068.733.063-71, residente e domiciliado no Povoado Carrapateiras, Distrito de Monte Nebo, Zona Rural, município de Crateús/CE, CEP nº 63.700-000, **DECLARO** para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 18 de Fevereiro de 2019.

marcos vinicius alves cavalcante

Declarante

98148 6568

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUT

8652-0

6F73316E

MARCOS VINÍCIOS ALVES CAVALCANTE

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 60.327.177-7 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 05/09/2015

NOME

MARCOS VINÍCIOS ALVES CAVALCANTE

FILIAÇÃO

RAIMUNDO MARCELIO CAVALCANTE
LEIDIANE ALVES LOIOLA

NATURALIDADE

CRATEUS - CE

DATA DE NASCIMENTO

10/04/1995

DOC ORIGEM

CRATEUS - CE MONTE NEBO CN:LV.A10 /FLS.125 /Nº09544

CPF

068733063/71

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **068.733.063-71**

Nome: **MARCOS VINICIOS ALVES CAVALCANTE**

Data de Nascimento: **10/04/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/07/2012**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:17:15** do dia **21/02/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **47EA.3CA4.1559.81BB**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

MARCOS VINÍCIOS ALVES CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 60.327.177-7 emitido por SSP-SP, inscrito no CPF sob nº. 068.733.063-71, residente e domiciliado no Povoado Carrapateiras, Distrito de Monte Nebo, Zona Rural, município de Crateús/CE, CEP nº 63.700-000 **DECLARO** que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 18 de Fevereiro de 2019.

marcos vinicios alves cavalcante
(declarante)



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE	
1271183	DV 7
VENCIMENTO	
01/03/2019	
TOTAL A PAGAR (R\$)	
53,63	

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **559116393**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 37 038003 02 025000 Medidor 6431415 Poste 0000 0000
Nome LEIDIANE ALVES LOIOLA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV CARRAPATEIRAS 00000 MONTE NEBO CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 270.761.748-20

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 29749 29627 1 122 0 122

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
122	0,36315	44,30

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
23/01/2019	21/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0696.A5C7.2116.8968.DFC4.3513.A39B.922F

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
ISENTO		

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

1,45
7,88

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	23,00
TRANSMISSÃO	2,45
DISTRIBUIÇÃO	13,10
ENCARGOS SETORIAIS	3,51
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,24

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 29,32

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

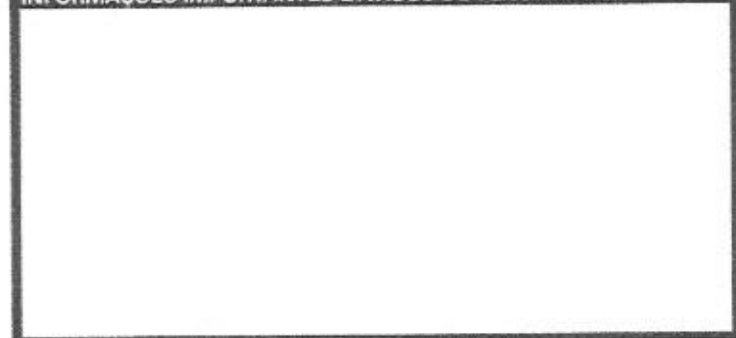
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

1271183-7

Nº da Nota Fiscal: **559116393**

Total a Pagar (R\$): **53,63**

Data de Emissão:

21/02/2019

Referência: **JAN/2019**

Nº de Controle: **0001271183 00533 4379 2 17**

83870000000-1 53630031000-8 00012711830-6 05334379270-3





Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 025931	Atendimento 0013	Nome do Paciente MARCOS VINICIOS ALVES CAVALCANTE	CNS 164088697860000	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 603271777		Certidão Nascimento: 9544	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 10/04/1995	Local CRATEUS/CE		Idade 22 Ano(s)	
Pai RAIMUNDO NARCELIO CAVALCANTE		Mãe LEIDIANE ALVES LOIOLA		
Endereço RUA RENATO BRAGA, 1665	Bairro FATIMA II	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão AUTONOMO	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 92539769	
Responsável RAIMUNDO NARCELIO CAVALCANTE	CPF do Responsável	Endereço RUA RENATO BRAGA, 1665	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/02/2018	Hora 10:32	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO		CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente		Funcionário JOAO VICTOR LEITAO MELO		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg) 82,000	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 111	R (mpm) 20
		PA (mmHg) 110 X 90		

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 04/02/2018 10:39

Responsável pela Classificação: MARIA DARA DA SILVA

Relatório:

paciente relata queda de moto, o mesmo relata que sofreu uma pancada na cabeça e escoriações no rosto esquerdo e na região lombar e vômito com presença de sangue e apresenta escoriações em pe esquerdo.

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

04/02/2018 10:51:34h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

refere queda de moto
refere cefaleia e dormencia
trauma em região lombar esquerda
refere que vomitou escuro e hematuria
nega desmaios ou vômitos
abd:plano flácido doloroso em flanco esquerdo
cd:observação/dieta zero
sf0,9% 1000ml ev agora
passar svd

500ml (12:00)

500ml 12:25

Citopofino 100mg + SF0,9% 100ml EV 16:20

Q

João Victor Melo
MEDICO
CREMEC 15482

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RAIMUNDO NARCELIO CAVA

DADOS DO PACIENTE

Nome MARCOS VINICIUS ALVES CAVALCANTE				Prontuário/Atendimento 025931/0014	
Nascimento 10/04/1995		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Idade 22 Ano(s)	
Documento(s) Identidade: 603271777		Etnia		Estado Civil Solteiro(a)	
Certidão Nascimento: 9544		Religião		CNS 16.4088.697.8600-00	
Endereço RUA RENATO BRAGA		Nº 1065		Município CRATEUS-CE	
Fone (88) 9253-9769		Bairro FATIMA II		CEP 63700-000	
Profissão AUTONOMO		Empresa		Fone Empresa	
Responsável RAIMUNDO MARCELIO CAVALCANTE		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável CARRAPATEIRAS, SN		Cônjuge			
Mãe LEIDIANE ALVES LOIOLA		Pai RAIMUNDO MARCELIO CAVALCANTE			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 04/02/2018 18:54		Quarto/Leito 009-0003		Aposento ENFERMARIA	
Convênio SUS		Matrícula		Clínica MEDICA	
Médico JOAO VICTOR LEITAO MELO		Autorização		Setor CLINICA CIRURGICA	
CID Principal		CID Complementar		Dias 0	
Observação				Guia CRM 15482	
Usuário ANTONIA VIERA DA SILVA		Procedimento SUS		Sis prenatal	
Data Saída		Hora		Usuário Saída	
		Condição da Saída			

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 4 de fevereiro de 2018.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: ANTONIA VIERA DA SILVA

LEIDIANE ALVES LOIOLA

Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÁO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S.B.S.C

2 - CDES

91481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

S.B.S.C

4 - CDES

91481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARCOS VINÍCIOS ALVES CAVALCANTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

25931

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/04/1995

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Leidiane Alves Louca

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Renato Branca, 1665

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Crato

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE 63.700

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE vítima de queda de moto
Hemorragia
TCA: trauma torácico

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ALSCO de complicação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

AVALIAÇÃO + EXAME FÍSICO

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TRAUMA TORÁCICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

S30.9

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0308101010318

26 - CLÍNICA

3

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

016922643360

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/02/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CREMEC 15482

MÉDICO

Toad Victor Mido

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

04/02/18

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
07.02.18	Às 09:00h. Paciente em repouso no leito, orientado a manter elevado os quadril da cama. É consciente, orientado, verbaliza, dorme. Em O ₂ ambulatorial em ambiente aquecido. Com aceno um pouco em ms "e", uolito e é paralizado. Repetindo diurese escura e alguma dor de cabeça em região lombar com HD de Anemia em rin "e". Avisa a dieta operada. Eliminação fisiológica presentes. Segue aos cuidados de enfermagem. Aguarda realizar os ABDOMINAL + exames para laboratório de urina, exames laboratoriais.	Antonio Tiago de Araújo TÉC. DE ENFERMAGEM CONCRETE 1210
07.02.18	Às 12:00h Realizado medicação sem O ₃ , conforme prescrição médica.	Antonio Tiago de Araújo TÉC. DE ENFERMAGEM CONCRETE 1210
07.02.18	Às 15:40 paciente encaminhado ao US em uma cadeira de rodas	Ed. Lany Torquato S. CONCRETE 724.38 TÉC. DE ENFERMAGEM
07.02.18	Às 20:30h presente a coleta de urina para análise por coleta de urina e urina em mto. X LEIDIANE AUIES LOIOZA.	

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, **REGIANE VIEIRA CAVALCANTE**, RG nº **36.367.640-5**, data de expedição **07/10/2014**, Órgão **SSP-SP**, portadora do CPF nº **005.032.463-28**, com domicílio na cidade de **CRATEÚS**, no Estado de **CEARÁ**, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) **RUA 13 DE MAIO, Nº. 1890**, complemento **BAIRRO PLANALTO**, **DECLARO**, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **MARCOS VINICIOS ALVES CAVALCANTE**, cujo o condutor era **MARCOS VINICIOS ALVES CAVALCANTE**.

Veículo: **MOTOCICLETA**

Ano: **2016/2016**

Modelo: **HONDA/NXR 160cc BROS ES**

Placa: **PNC 7095-CRATEÚS/CE**

Chassi: **9C2KD0810GR461703**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Local e Data: **Crateús – Ce., 14 de Maio de 2018.**

**Regiane Vieira Cavalcante*
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DENATRAN				CONTRAN			
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES							
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013401904840					
PLACA 00503246328	CPF / CNPJ 00503246328	FLACA PNC7095/CE	EXERCÍCIO 2017	VA 01	COD. RENAVAM 01091176393	RUTRO 0000000000	EXERCÍCIO 2017
REGIÃO VIETRA CAVALCANTE CRATELUS							
ESPÉCIE TIPO PAS/PICTURICLO/MAD APLIC.							
MARCA / MODELO HONDA/NXR160 EROS ES01		COMBUSTÍVEL GASOL/MICRO		ANO FAB. 2016		ANO MOD. 2016	
CAP / POT / CL 230/00V/1622CC		CATEGORIA PARTIC		COB. PREDOMINANTE VEHICULA		VENO / COTAS 1.000.000.000	
FAIXA LVA. 0000000000		PARCELAMENTO / COTAS 0000000000		VENO / COTAS 0000000000		DATA DE PAGAMENTO 06/07/2017	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00		IOF (R\$) 0,00		PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00		DATA DE PAGAMENTO 06/07/2017	
OBSERVAÇÕES CRATELUS							
LOCAL 06/07/2017							
DATA 06/07/2017							

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
CE Nº 013401904840 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VA 01	BEHAVIM 00503246328	CPF / CNPJ 00503246328	EXERCÍCIO 2017
FLACA PNC7095	MARCA / MODELO HONDA/NXR160 EROS ES	ANO FAB. 2016	ANO MOD. 2016
PREMIUM 09	CHASSI 9C2K008100R461703	PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$) 81,29	DEVIATIM (R\$) 9,03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32	CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15
IOF (R\$) 0,00	TOTAL A SER PAGO (R\$) 135,50	PAGAMENTO ☒ PARCELADO	
DATA DE OUTUBRO 05/07/2017			
SEGUROADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04			
MOTOR: KDOBE16461704			
04580			



POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
Governo do Estado do Ceará

VISUALIZAÇÃO

ATENÇÃO!

1) Verifique se os dados estão corretamente preenchidos. Caso seja necessária alguma modificação, basta clicar no link 'Corrigir', localizado no canto superior direito de cada quadro.

Confirmar

Dados da Vítima

Corrigir 1

Nome: **MARCOS VINÍCIOS ALVES CAVALCANTE**
Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **10/04/1995**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Grau de Instrução: **1o. GRAU INCOMPLETO**
Nome da mãe: **LEIDIANE ALVES LOIOLA**
Nome do pai: **RAIMUNDO NARCELIO CAVALCANTE**
CPF: **068.733.063-71** RG: **603271777** Emissor: **SSP-SP**
E-mail: Telefone: **(88) 99954-2280**
Nasceu em: **CRATEUS - CE BRASIL**

Endereço: **RUA POVOADO DE CARRAPATEIRAS, 000** Complemento: **REALEJO**
Bairro: **ZONA RURAL** Cep: **63700-000** Ponto de Referência:
Tipo: **RESIDENCIAL** Moradia: **RESIDE C/ PARENTES**
País: **BRASIL** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

Dados da Ocorrência

Corrigir 2

Delegacia: **DELEGACIA ELETRÔNICA** Ano: **2018**
Data: **4/02/2018** Hora: **09:30**
Tipo da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Endereço: **R POVOADO DE CARRAPATEIRAS, 000** Complemento: **REALEJO**
Tipo do Local: **VIA PUBLICA** Compl Tipo do Local: **ESTRADA CARROÇAL**
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

Veículo(s) Envolvido(s)

Corrigir 3

1) PLACA **PNC7095** TIPO DE VEÍCULO **MOTOCICLETA** MARCA/MODELO **HONDA/NXR160 BROS ESDD** COR **VERMELHA** PROPRIETÁRIO **REGIANE VIEIRA CAVALCANTE**

Descrição da Ocorrência

Corrigir 4

AFIRMO QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRA SOFRI EM ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO PILOTAVA A MOTOCICLETA CITADA ANTERIORMENTE, E EM DETERMINADO TRECHO DO MEU PERCURSO PERDI O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAI SOBRE O SOLO APÓS DERRAPAR EM UM PNEU DIANTEIRO EM UMAS PEDRAS, E APÓS OCORRIDO FUI SOCORRIDO PELO MEU PAI DE NOME RAIMUNDO NARCELIO CAVALCANTE PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS DE CRATEÚS-CE, ONDE RECEBI ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO ONDE FOI CONSTATADO AS LESÕES DECORRENTES DO ACIDENTE, E NADA MAIS DISSE.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações fornecidas são verdadeiras.

Confirmar

x marcos vinicios alves cavalcante



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL.
Governo do Estado do Ceará

• mayor vincio al es carabante

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁPO
DE

PÚBLICA

VISUALIZA

Atenção!

• Sua ocorrência foi analisada, contudo não foi possível criar o Boletim de Ocorrência (B.O.) correspondente ao protocolo 201888614. Verifique a seguir o(s) problema(s) encontrado(s) na sua ocorrência: DE ACORDO COMA PORTARIA Nº30/2015 -GDGPC AS OCORRÊNCIAS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ENVOLVENDO VÍTIMAS COM LESÃO CORPORAL , HEMATOMAS, FERIMENTOS LEVE OU MORTE, SÓ PODEM SER REGISTRADAS NA ESPECIALIZADA DADT (DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO). CASO O ACIDENTE DE TRÂNSITO TENHA OCORRIDO NO INTERIOR DO ESTADO DO CEARÁ, DIRIJA-SE A DELEGACIA MAIS PRÓXIMA DE SUA RESIDÊNCIA PARA REGISTRAR O SEU BOLETIM DE OCORRÊNCIA.. Para maiores informações, você deverá entrar em contato com a Delegacia Eletrônica pelo telefone: (85) 3101.2509 e o envio de sugestões, críticas e/ou elogios deverá ser feito através do e-mail: beo@sspds.ce.gov.br

Nº Protocolo*: 201888614

Senha*:

(digite sua senha com 8 dígitos)

53644

655289

(digite os caracteres ao lado)

Visualizar

Fechar